N° 98.

TRAITEMENT

DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 mai 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LUCIEN-THÉODORE GODEFROY,

Bachelier ès-lettres et ès-sciences des Facultés de la même ville.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, *Président.*
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Berard.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier, *Suppléant.*	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau, *Examinateur.*	Sandras, *Suppléant.*
Dance, *Examinateur.*	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

L.-T. GODEFROY.

TRAITEMENT

DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Les dangers que court la vie de la mère et du fœtus, la lenteur de la convalescence, font de la métrorrhagie (perte utérine) l'un des accidens les plus redoutables de la grossesse et de l'accouchement. Pour donner une idée de la gravité qu'elle peut parfois revêtir, je rappellerai le malheur arrivé il y a peu de temps à un médecin de la capitale. Il s'occupait à donner des soins à l'enfant qu'il venait de recevoir; le travail avait été des plus naturels, et telle était même la sécurité, que toute la famille s'était retirée. A peine y avait-il cinq minutes qu'il avait quitté la mère, il entend comme un flot tomber sur le plancher; il se précipite.... la femme était morte, et tout fut inutile pour la rappeler à la vie.

La variété d'hémorrhagies qui présente la mortalité la plus effrayante est celle des hémorrhagies par insertion du placenta sur le col de l'utérus. On trouve dans les Mémoires de madame *Lachapelle* que, sur dix-sept cas d'insertion, elle perdit dix femmes; proportion énorme, qui doit faire comprendre combien jusqu'à présent l'art avait été impuissant contre cette espèce de perte.

Comme tous les accidens graves, la métrorrhagie attira l'attention des médecins dès le berceau de l'art, et elle ne manqua pas non plus de remèdes ni de moyens tour à tour prônés et oubliés. Je ne parlerai que des moyens les plus connus et les plus efficaces : mais, comme il ne suffit pas de savoir qu'ils ont été employés comme hémostatiques ; comme le traitement doit être modifié suivant les causes de l'hémorrhagie, suivant son intensité, suivant l'époque à laquelle elle arrive, suivant l'état général de la femme, je m'efforcerai de déterminer avec exactitude quelles sont pour chacun des moyens les circonstances qui fondent l'indication de leur emploi, quel est le moment de les appliquer, comment on doit les combiner, et quelle gradation on doit observer en opposant à des hémorrhagies de plus en plus graves des combinaisons de moyens de plus en plus puissantes. J'établirai ensuite les cas où les moyens ordinaires, quelque bien combinés qu'ils soient, ne peuvent empêcher une terminaison fatale. J'examinerai alors comment, en combinant l'action du seigle ergoté avec la compression de l'aorte, on pourra désormais espérer d'arrêter les hémorrhagies les plus redoutables. Enfin, comme il arrive parfois que le seigle ergoté manque son effet dans ces cas extrêmes, j'examinerai quel est l'espoir que l'on peut fonder sur la strychnine. Je terminerai par le galvanisme, que je propose d'appliquer à ces accidens terribles.

Dans toute métrorrhagie, la première indication est de faire disparaître toutes les causes éloignées ou immédiates qui lui ont donné lieu, et toutes les circonstances qui favorisent et augmentent la perte. Ainsi, quand elle reconnaîtra pour cause une émotion morale vive, la colère, la frayeur, un chagrin subit, émotion qui a réagi sur la contractilité de la matrice, il faut la faire disparaître, si on le peut, ou du moins en atténuer les effets sur la sensibilité. Est-ce une violence extérieure, un travail trop pénible, une marche forcée, le repos absolu deviendra nécessaire. Peut-on accuser la pléthore, l'habitude de la menstruation ou celle qui résulte d'un ou de plusieurs avortemens précédens, la diète ou un régime doux, des boissons aqueuses

abondantes, les saignées du bras, seront les moyens de combattre ces divers états. Enfin une mauvaise alimentation, des privations nombreuses, l'habitation dans un air humide et rempli d'émanations délétères végétales ou animales, ont-elles détérioré l'organisme, et la faiblesse générale constitue-t-elle une cause d'hémorrhagie, alors on conseillera l'habitation à la campagne dans un lieu sec et bien aéré, une alimentation animale et tonique, même un vin généreux, pris d'abord en petite quantité et qu'on augmente ensuite graduellement, un exercice modéré ; indication tout à fait opposée à celle qui convient dans tout autre cas de perte utérine. L'exercice toutefois ne conviendra que quand l'écoulement sanguin sera peu abondant, ou aura sensiblement diminué sous l'influence du repos, de la position, du régime. *Baudelocque* cite dans son ouvrage trois dames qui avaient éprouvé plusieurs avortemens antérieurs, et qu'il parvint à conduire jusqu'à terme, dans une nouvelle grossesse, en leur conseillant l'habitation à la campagne et un exercice modéré, lors même que déjà l'écoulement sanguin, précurseur de l'avortement, s'était renouvelé. La modération dans les plaisirs vénériens et même la continence absolue deviennent nécessaires aux femmes dont l'utérus est doué d'une trop grande sensibilité ou chez qui le coït est l'occasion de vives douleurs, soit qu'elles aient naturellement le col utérin trop bas, ce qui ne peut arriver que dans les premiers mois de grossesse, soit par toute autre cause. Ces précautions conviennent aussi pour prévenir une métrorrhagie imminente ; mais si elles suffisent quelquefois pour arrêter la perte, lorsqu'elle a commencé, il n'arrive que trop souvent qu'elles sont insuffisantes, et qu'il faut avoir recours à d'autres moyens.

Parmi ces moyens, il en est qui conviennent à tous les cas, et qui tantôt suffisent pour arrêter la perte quand elle est légère, et tantôt ne peuvent servir que d'auxiliaires ; ce sont le repos, la position, les boissons. Toute excitation morale, tout mouvement tendant à accélérer le cours du sang, à accroître son impulsion, et ne pouvant par conséquent qu'augmenter l'hémorrhagie, on reconnaîtra que le calme de l'esprit et du corps sera la première indication à remplir. La situa-

tion horizontale, dans un lieu éloigné du bruit et de la lumière, sur un lit dont les matelas soient résistans, le bassin soulevé au-dessus du niveau du reste du corps par des oreillers solides, de crin, substance propre à conserver une certaine fraîcheur, concourront en même temps à modérer l'afflux du sang vers l'organe qui lui donne issue. Les boissons froides, l'inspiration et le contact d'un air frais, les extrémités étant tenues chaudes, agiront et comme tempérans et comme astringens. Il sera bon parfois d'y joindre les lavemens émolliens ou de doux laxatifs, s'il y a constipation, autre cause qui entretient l'afflux sanguin vers le bassin. Voilà à peu près en quoi consistera ce qu'on peut appeler *le traitement général.*

Les moyens qui ne sont applicables que dans des cas déterminés sont assez nombreux; mais je ne m'occuperai que de ceux qui sont le plus généralement employés, les autres étant plus ou moins inutiles ou nuisibles; ce sont : la saignée du bras, le froid employé de diverses manières, le seigle ergoté, le tampon, la rupture des membranes, l'accouchement forcé, l'introduction de la main dans la matrice et l'extraction de ce qu'elle contient encore après l'expulsion du fœtus, l'introduction d'un citron écorcé; la compression de l'organe avec les mains à travers les parois abdominales, pour s'opposer à son développement; la ligature des membres, les excitans généraux, la transfusion du sang, enfin la compression de l'aorte. Pour l'application de ces divers moyens, je diviserai les pertes en celles qui précèdent l'expulsion du fœtus et celles qui la suivent. Les premières se subdiviseront en pertes avant quatre mois et en pertes après quatre mois de gestation; par là il me sera beaucoup plus facile d'établir les circonstances qui fondent l'indication de chacun d'eux, et de préciser les modifications et les combinaisons qu'ils doivent subir suivant l'époque, l'état de la femme et l'intensité de la perte.

Avant quatre mois.

Saignée. Quand le flux continue à cette époque, malgré l'emploi des moyens généraux, la saignée devient souvent une des méthodes les plus efficaces pour y mettre un terme; c'est surtout lorsque l'hémorrhagie tient à une pléthore générale ou à une congestion sanguine périodique de l'utérus, à l'habitude d'avorter; des succès nombreux justifient de plus en plus la confiance que tous les bons praticiens lui accordent, en conduisant jusqu'à une heureuse terminaison des grossesses, qui sans elle auraient entraîné l'expulsion d'un fœtus non viable et de grands dangers pour la mère. Je crois même que, lorsque la perte n'a pas été trop abondante, une saignée d'une ou deux palettes convient dans tous les cas comme révulsive, si ce n'est dans le cas d'hémorrhagie évidemment passive, tenant à un affaiblissement extrême de toute l'économie; toutefois il vaudra mieux la réitérer que de la faire trop abondante. Si la perte arrive durant le cours de maladies aiguës intenses, telles que pleurites, pneumonies, gastro-entérites graves, la saignée, doublement indiquée et par l'état aigu de la maladie et par l'hémorrhagie utérine, symtômes précurseurs de l'avortement, m'a toujours paru déterminer ou du moins accélérer cet avortement, loin de le prévenir, tandis que d'un autre côté elle semblait juguler la maladie de la mère, qui entrait dès-lors en convalescence. Je me rappelle deux femmes, dont l'une, âgée de vingt-six ans, était affectée d'une inflammation intestinale compliquée de symptômes nerveux (gastro-entérite grave), et dont l'autre, âgée de quarante ans, avait une pleuropneumonie arrivée en deux jours à un tel degré d'intensité qu'elle paraissait devoir étouffer. Chez la première, enceinte de trois mois, l'hémorrhagie suivit presque immédiatement la saignée, et se termina vingt-quatre heures après par l'avortement; chez l'autre, qui comptait six mois de grossesse, l'hémorrhagie utérine existait déjà quand je lui pratiquai une saignée copieuse; six ou huit heures après elle était accouchée : toutes

deux entrèrent en convalescence aussitôt après l'expulsion du fœtus. Malgré ce que je viens de dire, il ne s'en suit pas qu'il faille s'abstenir de la saignée, quand la vie de la mère est compromise par une phlegmasie violente; je pense, au contraire, que la saignée, indispensable dans ces cas, ne fait que hâter une terminaison devenue inévitable.

La saignée sera encore un excellent moyen préservatif, quand l'hémorrhagie s'est déjà montrée dans la même grossesse à une époque menstruelle, ou quand la matrice a, pour ainsi dire, contracté l'habitude de se débarrasser du produit de la conception à une époque déterminée. Dans ces cas, il faudra la réitérer à plusieurs époques menstruelles successives, en la faisant de moins en moins copieuse, ou ne la pratiquer que vers le temps où l'on peut craindre l'avortement.

Si la rupture des membranes, accident toujours fâcheux, arrive : une fois le fœtus expulsé avec les eaux de l'aminos, la saignée devient nuisible, puisque la perte qui suivra le plus souvent en remplira le but et au-delà, et qu'il est nécessaire de conserver à la femme le plus de forces possible pour y résister. La conduite que l'on doit tenir alors fera le sujet de la troisième division des moyens hémostatiques.

Froid. L'emploi du froid a cette époque consiste en applications de linges trempés dans l'eau froide simple ou vinaigrée, dans l'eau salée ou à la glace ; on en recouvre l'hypogastre et le haut des cuisses, et on a soin de les renouveler quand elles s'échauffent. On ne doit en faire toutefois qu'un usage prudent, et seulement pour aider l'effet de la saignée, lorsque l'écoulement sanguin se prolonge. Alors, en effet, on n'a pas à craindre les dangers qui pourraient en résulter dans les premiers instans de l'hémorrhagie, où la femme est encore souvent dans une sorte d'état pléthorique et une disposition inflammatoire.

Seigle ergoté et tampon. Ne voulant parler ici que de ce qui paraît le plus avantageux dans chacune des périodes que j'ai admises, je m'abstiendrai de passer en revue pour chacune d'elle la liste des moyens conseillés contre les pertes, et ne m'attacherai qu'à ceux dont l'expérience a constaté l'efficacité. Le seigle ergoté et le tampon constituent les ressources les plus précieuses contre l'hémorrhagie qui précède l'avortement, lorsque celle-ci, par sa continuité, sa résistance aux autres moyens indiqués plus haut, ou par son abondance, vient à menacer l'existence de la femme. Mais il faut se rappeler qu'ils doivent toujours être proscrits, tant qu'on pourra espérer conserver le fœtus sans danger pour la mère, car ils agissent surtout en provoquant l'avortement. Mais doit-on les employer indistinctement l'un ou l'autre? et si j'avance qu'il faut presque toujours commencer par le seigle ergoté, quels sont les motifs de cette préférence? Le seigle ergoté, comme un grand nombre d'expériences l'ont prouvé, agit en excitant les contractions de la matrice, et sa propriété hémostatique dans les pertes résulte de cette action; il se donne le plus souvent en poudre, suspendu dans quelques cueillerées d'eau, à la dose de 24 — 30 grains en deux fois, à vingt minutes d'intervalle. On réitère, s'il est nécessaire, et on peut porter la dose jusqu'à 60 et 80 grains par l'estomac, jusqu'à 100 grains par le rectum, quand l'estomac ne peut rien supporter. L'administration de ce médicament est des plus faciles, et il suffit à lui seul pour arrêter le flux utérin dans la plupart des cas. En effet, des douleurs se manifestent après dix minutes, un quart d'heure, une demi-heure; le col se dilate et l'œuf est expulsé par la matrice, qui en se contractant ferme toute issue au sang; au contraire, le tampon présente des inconvéniens dans son application et beaucoup moins de sûreté dans ses effets. Il consiste en une pièce de linge fin carrée, enduite de cérat, qu'on introduit par son milieu jusqu'au fond du vagin, et qu'on remplit ensuite de substance mollette, comme de charpie ou d'étoupe qu'on enduit aussi de cérat pour en faciliter le glissement. On ne croit plus nécessaire aujourd'hui d'imbiber tout cet appareil de vinaigre ou de liqueurs astrin-

gentes, qui ne serviraient qu'à irriter davantage les parties de la femme sans rien changer à l'effet qu'on peut attendre du tampon. En opposant une digue au sang, il détermine sa coagulation et la formation d'un caillot qui sollicite bientôt, par sa présence, les contractions de la matrice, et amène l'expulsion de l'œuf et du tampon lui-même. On conçoit alors par quel mécanisme la perte s'arrête; mais ce moyen, outre qu'il est excessivement douloureux quand on l'applique, et qu'il peut être tout à fait insupportable à certaines personnes, manque quelquefois son effet, du moins en partie. Il oppose bien alors une digue plus ou moins complète à l'écoulement du sang; mais il ne détermine pas les contractions de l'organe, et quand on vient à l'enlever, l'hémorrhagie se renouvelle et vous oblige à en placer un nouveau, qui peut-être n'aura pas plus de succès que le premier. Il semble qu'alors le sang ait perdu sa force plastique, et la matrice sa contractilité : la perte peut de la sorte se réitérer indéfiniment et amener l'épuisement et la mort. Ces diverses considérations suffisent pour que l'on se croie obligé de préférer le seigle ergoté au tampon, puisqu'il présente plus de sûreté et n'a aucune incommodité pour la femme. Mais il est des cas où ces deux moyens doivent être combinés pour réussir: c'est lorsque la femme est déjà affaiblie et que la perte est assez abondante pour faire craindre que la mort arrive avant que le seigle ergoté n'ait eu le temps d'agir. Alors, aussitôt qu'on aura administré une bonne dose de seigle on tamponnera, afin que d'un côté on retienne la vie prête à s'échapper, et que de l'autre on rende impossible une nouvelle métrorrhagie. Ainsi, je ne crois pas qu'il y ait aucune hémorrhagie utérine dans la période qui nous occupe qui puisse résister à la combinaison des divers moyens que nous venons d'indiquer.

Révulsifs. Vous parlerai-je, après cela, des sinapismes entre les épaules, des ventouses appliquées au-dessous des mamelles (*Galien*), tous procédés d'une importance bien secondaire et qui ne conviendraient tout au plus, à mon avis, que comme auxiliaires pour combattre le

spsame de la périphérie et empêcher le mouvement de concentration ? Tout ce que je pourrais en dire ne présenterait que bien peu d'intérêt pour le traitement qui m'occupe.

L'accoucheur devra, dans tous les cas, s'abstenir de toute manœuvre et se garder surtout de rompre les membranes ; car on sait qu'à cette époque cette rupture est presque toujours suivie de la diminution des douleurs, et qu'elle retarde singulièrement l'expulsion de l'œuf. On doit toujours chercher à imiter les efforts de la nature, qui le plus souvent expulse l'œuf dans son état d'intégrité ; par là on évitera la prolongation de l'hémorrhagie, qui ne peut jamais avoir que de graves inconvéniens.

Après quatre mois.

La saignée ne conviendra que rarement alors. On s'en rendra facilement compte, si on se rappelle qu'il est rare, à cette époque, que l'hémorrhagie reconnaisse pour cause la pléthore utérine périodique, qui joue un si grand rôle dans la production de la plupart des hémorrhagies des premiers mois de la grossesse. Toutefois la pléthore générale est encore assez commune, mais elle produit plutôt des céphalalgies, des étouffemens, des palpitations, que des métrorrhagies. Il ne faudra donc se décider à saigner que quand l'hémorrhagie sera légère et accompagnée de symptômes de pléthore ou de stimulation de la matrice. Dans tous les cas où la perte est abondante, au contraire, lors même qu'il y aurait des symptômes de pléthore, la saignée ne ferait qu'ouvrir une nouvelle voie à l'affaiblissement de la femme, sans avoir l'avantage de combattre un état que l'hémorrhagie utérine seule aura bientôt fait disparaître.

Le froid, les révulsifs. Tout ce que j'ai dit du froid et des révulsifs pour les pertes des premiers mois est entièrement applicable à la période dont je m'occupe maintenant. Il faut avoir épuisé contre l'accident toutes les ressources qui peuvent agir sans compromettre l'exis-

tence d'aucun des deux êtres qui vous sont confiés, avant de recourir à des moyens qui souvent sacrifient l'enfant à la mère, ou plutôt qui ne font souvent que sauver l'une des deux victimes destinées à périr, en précipitant de quelques instans la mort inévitable de l'autre.

Ces derniers moyens se réduisent à l'accouchement forcé, auquel je joindrai le procédé de *Puzos*, au tampon et au seigle ergoté. Mais comme ils doivent être modifiés suivant que l'hémorrhagie est interne ou externe, suivant qu'elle résulte de la rupture du cordon ombilical ou que le placenta est inséré sur le col ou sur le fond de l'organe, il est naturel d'en étudier l'application à chacun de ces cas en particulier.

1°. L'hémorrhagie est-elle externe et le placenta inséré loin du col de la matrice, si la perte résiste aux moyens simples indiqués et met la vie de la femme en danger, il faut, disent les auteurs, opérer l'accouchement forcé; c'est là un précepte posé depuis long-temps, et il est fondé sur cette remarque, que la matrice revenant ordinairement sur elle-même après sa déplétion, l'hémorrhagie s'arrête par la compression des bouches béantes des vaisseaux utérins. Mais il est plusieurs procédés pour l'exécuter. Les anciens accoucheurs introduisaient de force et instantanément la main dans la matrice à travers le col, rompaient les membranes et allaient chercher les pieds pour exécuter la version et l'extraction du fœtus : mais quels dangers ne présentait pas cette pratique! Le col pouvait n'être que peu dilaté et encore très-résistant; de là les déchirures, les meurtrissures de ce col par la main de l'accoucheur ou la sortie du fœtus. La matrice, vidée tout à coup du produit qu'elle contenait, tombait souvent dans une sorte de stupeur et restait ouverte; de là des hémorrhagies foudroyantes presque toujours mortelles. D'un autre côté, si la grossesse était assez avancée pour que le fœtus fût viable, la version compromettait gravement son existence. Le procédé de *Puzos* pouvait remplir le même but sans offrir les mêmes dangers : il consiste à solliciter les contractions de l'utérus avec les doigts introduits dans le col, pour en écarter les bords, pendant qu'avec l'autre main des frictions

sont pratiquées sur le bas-ventre. Quand le flux sanguin continue malgré les douleurs qu'on provoque par ces manœuvres, on rompt les membranes aussitôt que la poche des eaux se forme, pour permettre à la matrice de revenir énergiquement sur le fœtus et de fermer les sinus utérins. C'est là l'effet qu'on peut très-souvent espérer; mais aussi il peut arriver, si on rompt les membranes de bonne heure, que l'accouchement en soit retardé par la raison que la poche, à peine formée, n'a pas eu le temps d'agir comme d'ordinaire, à la manière d'un coin, sur le col, pour en opérer la dilatation, et que le même office ne saurait être rempli par le sphéroïde présenté par la tête du fœtus venant s'appliquer sur l'orifice. La dilatation se fait donc alors plus lentement, malgré l'accroissement des douleurs; et si le sang continue à couler, on conçoit que ce retard ne fait qu'augmenter les dangers. Ces réflexions suffisent pour que l'on reconnaisse la nécessité de ne jamais rompre les membranes avant que la poche, bien formée, n'ait produit une dilatation suffisante. Le procédé de *Puzos* a donc des avantages incontestables sur le premier, en ce qu'il en évite les dangers, qu'il imite les efforts de la nature, et qu'en outre il permet, s'il en est besoin, de terminer l'accouchement avec beaucoup plus de facilité. C'est, en effet, ce dernier parti qu'il resterait à prendre si la perte continuait avec intensité. Je ne pense pas qu'il faille alors attendre l'accouchement naturel, comme le conseillait *Puzos*. Dans toute hémorrhagie forte ou opiniâtre, l'indication est d'y mettre un terme le plus promptement possible; et, pour cela, il n'est qu'un moyen : c'est d'extraire l'enfant avec le forceps si les eaux sont écoulées, ou avec la main si l'on est près de la femme au moment de la rupture de la poche; car, ce moment échappé, les eaux s'écoulent, l'utérus revient sur l'œuf et rend la version très-difficile. Ces moyens ne suffiraient pourtant pas encore pour parer à toutes les complications qui peuvent se présenter : la perte peut être assez abondante dès le commencement du travail, et lorsque le col est encore peu ouvert et très-résistant, pour ne pas donner le temps d'opérer la dilatation forcée; quelque rapidité qu'on y mette, il faut tou-

jours un quart d'heure au moins, comme le dit *Baudelocque*, pour l'obtenir; pendant ce temps, la femme peut arriver à un tel état d'épuisement qu'elle ne puisse plus résister à un nouvel écoulement, quelque faible qu'il soit, pendant ou après l'extraction du fœtus. Nous verrons plus loin que ce serait ici le cas de combiner le seigle ergoté et le tampon pour faire face à l'orage. Cette ressource précieuse n'était point connue des anciens.

Tampon. Au lieu de suivre le conseil de *Puzos*, on avait recours au tamponnement du vagin quand l'hémorrhagie était violente, que le col était peu ouvert, peu assoupli et peu dilatable, ce qui est plus rare qu'on ne le croyait autrefois; car si l'hémorrhagie dure depuis quelque temps, le sang ramollit ordinairement assez le col pour permettre l'introduction de la main et l'accouchement forcé : procédé toujours préférable, quand on pouvait le pratiquer. Le tamponnement peut bien, il est vrai, opposer une digue au sang, favoriser la formation d'un caillot dans l'organe et exciter par là des contractions qui déterminent l'accouchement; mais on s'expose aussi, et ce danger est d'autant plus à craindre que la grossesse est plus avancée, on s'expose à transformer une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne : accident plus grave, parce qu'il est plus obscur et que la femme, déjà affaiblie par la perte qui a précédé, périt presque toujours pendant ou après l'accouchement par le nouvel écoulement sanguin qu'elle peut éprouver alors. Le tampon ne conviendra donc plus après le cinquième mois de grossesse, ou plutôt il ne conviendra plus que combiné avec un autre moyen énergique, le seigle ergoté.

Seigle ergoté. Voyons maintenant dans quels cas, suivant moi, l'accouchement forcé, le tampon, le seigle, doivent être employés seuls, et quand il faut les combiner ensemble. L'ergot peut à lui seul remplacer le procédé de *Puzos*, l'accouchement forcé et le tamponnement, quand l'hémorrhagie ne met pas immédiatement les jours de la femme en danger. Par son action spéciale sur la matrice, il excite

des contractions violentes et répétées dans cet organe, suspend souvent la perte par la compression exercée sur les vaisseaux béans, ou du moins la diminue d'abord, et provoque un accouchement prompt, dont les suites n'offrent plus rien de grave pour la femme, parce que l'hémorrhagie est devenue impossible par la réduction active et durable de la matrice. Si l'abondance de la perte ne permettait pas d'attendre l'effet de ce médicament, qui se manifeste ordinairement après un quart d'heure ou une demi-heure, on dilaterait peu à peu le col, en introduisant successivement tous les doigts, et on ferait l'accouchement forcé; et en même temps, si les manœuvres ne réveillait pas les contractions de la matrice, ce qui est assez rare, on administrerait le seigle ergoté pour empêcher que la matrice ne reste ouverte après la déplétion. Si l'état du col ne permettait pas l'accouchement forcé, on tamponnerait exactement après avoir administré le seigle ergoté; par là on opposera une digue au sang, et dans ce cas il ne pourrait plus s'amasser en grande quantité dans la matrice; car, sollicitée comme elle le serait, et par l'action du seigle ergoté et par la présence du tampon dans le vagin et d'un caillot dans son intérieur, celle-ci ne pourrait se préter à la dilatation, et finirait par se contracter énergiquement et expulser en masse et le tampon et le produit de la conception. S'il arrivait alors que l'accouchement se fit trop longtemps attendre, après avoir ranimé la femme par quelque potion excitante; si elle est trop épuisée, on ôterait le tampon lorsqu'on croirait que la dilatation doit être faite, et on exécuterait l'accouchement forcé par le forceps plutôt que par la version, à moins que l'inertie de la matrice ne vous permît de tenter cette dernière sans danger.

2°. L'hémorrhagie provient-elle de la rupture du cordon ombilical, soit qu'elle soit interne, les membranes étant intactes, soit qu'elle soit externe, celles-ci étant rompues, elle présente les mêmes indications que l'hémorrhagie interne, dont nous allons parler.

3°. Dans la perte interne par décollement du placenta, il est encore plus urgent que dans l'externe de hâter la terminaison de l'accouche-

ment, car elle peut déjà être très-abondante quand on vient à reconnaître son existence; et pour peu qu'elle se continue pendant ou après la délivrance, elle entraîne la mort de la mère et de l'enfant. Sur quatre faits cités par *Baudelocque*, et malgré toute la célérité que put mettre cet habile accoucheur à pratiquer l'accouchement forcé, il ne put sauver que deux femmes, et tous les enfans périrent pendant le travail ou peu de temps après la naissance.

Le sort de la mère étant déja vivement compromis quand on s'aperçoit du mal, il faut laisser tout autre moyen plus lent, et recourir sur-le-champ à l'accouchement forcé : les momens sont précieux, un quart d'heure de retard peut décider de la vie des deux êtres qui vous sont confiés. Mais si le col était fermé et très-épais, ou que l'épuisement de la femme ne permît plus de tenter sans danger l'accouchement forcé, que faire? Ce cas est très-rare, il est vrai, mais s'il arrivait il faudrait, ce me semble, administrer une forte dose de seigle ergoté, pour empêcher que l'épanchement interne n'augmente par le peu de résistance des parois utérines, tamponner en même temps, si la perte est devenue externe, ranimer les forces par quelque boisson excitante; et, en attendant l'effet du seigle sur la contractilité de l'utérus, il faudrait comprimer avec les mains, à travers les parois abdominales, le fond de l'organe, pour s'opposer autant que possible à un plus grand développement; on attendrait alors l'accouchement naturel, ou, s'il ne se faisait pas, on le terminerait quand l'état du col le permettrait.

4°. La perte provient-elle du décollement du placenta, inséré centre pour centre sur le col utérin, on en connaît toute la gravité. Cette fois, les contractions et le travail, loin de calmer ou de supprimer l'hémorrhagie, ne font que l'accroître en détachant à chaque douleur une plus grande portion du placenta; aussi l'écoulement, qui avait diminué pendant le calme, prend-il une violence de plus en plus grande à chaque nouvelle douleur. Le sang coule en nappe des parties de la femme, sans que ni la position, ni les boissons, ni les applications froides puissent en modérer la violence.

Le seigle ergoté, dans ce cas, devient nuisible, en déterminant un plus grand décollement. La dilatation forcée du col et la rupture des membranes, après avoir décollé un côté du placenta, ne font qu'augmenter les accidens par la même raison, eût-on même la précaution de percer le centre du placenta pour obtenir l'écoulement des eaux, que cette opération, en intéressant de nombreux vaisseaux, aurait encore de graves inconvéniens, sans avoir l'avantage d'éviter le décollement graduel du placenta, effet inévitable des progrès du travail. Sur trente cas d'insertion sur le col, *Baudelocque* n'a vu qu'une seule fois le sang s'arrêter par l'écoulement des eaux, et ce fait ne peut être évidemment regardé que comme une exception.

La plupart des praticiens s'accordent à recommander, d'après *Leroux*, de Dijon, l'emploi du tampon, tantôt pour prévenir l'accouchement, lorsque la grossesse est encore éloignée du terme et que l'hémorrhagie n'est pas très-abondante (*Gardien*); tantôt pour opposer une digue au sang et attendre une dilatation suffisante pour l'accouchement forcé; on a même dit que c'était là la dernière ressource, et qu'il fallait toujours le conseiller, puisqu'on n'avait rien de mieux à proposer dans ce cas extrême. Il est inutile de faire remarquer que le tampon ne peut prévenir la détermination du travail, puisque son effet ordinaire est d'exciter les contractions de l'organe. Mais je dis plus, il doit être rejeté dans tous les cas d'insertion du placenta sur le col, excepté dans le cas, assurément très-rare, où, l'hémorrhagie étant abondante, le col aurait encore un pouce et demi d'épaisseur et beaucoup de rigidité. En effet, le tampon ne peut arrêter le sang qu'à condition de laisser continuer la perte jusqu'à formation d'un caillot, si toutefois le sang ne s'écoule pas encore malgré lui au dehors, ou jusqu'à distension de la matrice par l'épanchement interne, ce qui est beaucoup plus fâcheux, mais heureusement très-rare, dans le cas d'insertion sur le col. Or, presque tous les accoucheurs exercés reconnaissent que plus la femme a perdu de sang, plus on a à craindre l'inertie de l'utérus, qui devient alors une nouvelle cause de perte après la délivrance. Le tampon ne faisant que voiler l'horreur du péril,

ne servant qu'à faire perdre un temps précieux en aggravant la situation de la femme, et les faits rapportés par les auteurs ne servant qu'à me confirmer dans cette opinion, il demeure prouvé pour moi que le tampon doit être rejeté du traitement de la perte qui nous occupe. Pour m'appuyer encore de la pratique des anciens, je ferai observer que *Mauriceau* et *Paul Portal*, qui ne connaissaient ni la rupture des membranes, ni le tampon, ont perdu moins de femmes en pareil cas qu'on n'en perd à la Maternité, où le tampon est mis en usage. *Mauriceau* dit que, sur dix-sept cas d'insertion du placenta sur le col, il n'a perdu que deux femmes; *Paul Portal*, sur quatorze, n'en perdit qu'une, tandis que madame *Lachapelle* rapporte dans ses Mémoires que, sur dix-sept cas d'insertion sur le col, dix femmes périrent entre ses mains. Cette énorme différence doit rendre très-circonspect dans l'emploi d'une pratique suivie presque généralement de nos jours. Toutefois, si le tampon devenait absolument nécessaire, il faudrait l'ôter toutes les trois ou quatre heures pour s'assurer si l'état du col ne permet pas l'accouchement forcé et abréger ainsi les dangers que le temps ne fait qu'accroître. L'accouchement forcé doit être étendu à tous les cas d'insertion du placenta sur le col. J'en excepte celui où le col, comme je l'ai dit plus haut, aurait un pouce ou un pouce et demi d'épaisseur et beaucoup de rigidité; encore ne vaudrait-il pas mieux, si l'hémorrhagie était grave, faire avec un bistouri boutonné des incisions sur le col de la matrice pour faciliter l'introduction de la main et la terminaison de l'accouchement, que de vouer, pour ainsi dire, à la mort et la mère et l'enfant? Mais il ne faut pas croire qu'il soit si commun de voir une telle épaisseur et une telle rigidité coïncider avec une hémorrhagie grave par insertion du placenta sur le col, c'est, au contraire, un cas excessivement rare, d'après les faits que nous citent les auteurs et l'expérience des praticiens exercés. Sur dix-sept cas, madame *Lachapelle*, dans le sixième cahier de ses Mémoires, n'en cite que deux où le col ait eu cette épaisseur. En effet, le sang qui baigne le col dans toute hémorrhagie utérine, et surtout dans celle dont nous parlons, est une condition très-favorable à sa

dilatation. Il devient d'une souplesse et d'une dilatabilité telle, que, dès que le travail se détermine, l'accouchement se fait avec la plus grande célérité, si les femmes conservent assez de forces ; et on en a vu se débarrasser en peu de temps, par les seuls efforts de la nature, dans des cas d'insertion sur le col, celle-ci toutefois ne se faisant que par l'un des bords du placenta. (*Baudelocque.*) *Smellie* dit, dans son troisième volume, que, dans un cas d'insertion du placenta sur le col, où il pouvait à peine introduire le petit doigt, il parvint pourtant, en dilatant avec lenteur et ménagemens, à y introduire successivement tous les doigts et la main, et à terminer l'accouchement par la version.

Mais quel est le moment d'agir, et à quels symptômes le reconnaîtra-t-on? est-ce, comme le disent quelques-uns, quand il y a des syncopes? ou bien faut-il attendre les mouvemens convulsifs? Mais les syncopes arrivent, chez certaines femmes, à l'occasion de la plus petite évacuation de sang; la mort arrive chez d'autres avant les convulsions. Il faut donc quelque donnée plus positive, et on ne pourra la tirer que de l'ensemble des symptômes et de leur influence sur l'état général de l'économie. Règle générale cependant, je crois pouvoir établir qu'il faut délivrer la femme quand elle a perdu une demi-livre ou une livre de sang, quelle que soit l'époque de la grossesse. Il serait surtout dangereux de différer, quand on voit la paleur de la face, des bâillemens, des syncopes, la diminution de chaleur des extrémités, que les sens deviennent obtus, qu'il y a des hallucinations et des tintemens d'oreilles, et qu'une sueur abondante commence à couvrir le corps.

Le temps étant bien déterminé pour l'accouchement forcé, quel est le mode opératoire à suivre? D'abord, pour le choix de la main, dans l'incertitude où l'on est de la position du fœtus, il faut supposer celle qui se présente le plus souvent, la première position, et introduire avec les précautions ordinaires la main gauche, sauf à la remplacer par l'autre si on s'était trompé. Il faut alors dilater le col, dit-on; mais faut-il exécuter cette dilatation avec violence? ou bien quels

sont les ménagemens à observer? Trop de violence ne convient en aucun cas, parce qu'elle entraînerait des déchirures et des meurtrissures mortelles ; mais on procédera à cette dilatation en introduisant un doigt d'abord et successivement tous les autres, avec toute la douceur, toute la lenteur que peut vous permettre la gravité de l'hémorrhagie. Une fois la dilatation faite, s'efforcera-t-on de percer le placenta, pour aller avec la main à travers l'ouverture chercher le fœtus et l'extraire par les pieds? Mais ce conseil qui n'a été donné que pour éviter le décollement du placenta et l'hémorrhagie qui s'en suivrait, en supposant même qu'il réussît, présente à peu près les mêmes inconvéniens que le décollement lui-même, à cause de la déchirure de nombreux vaisseaux placentaires. Ensuite, il est bien difficile d'éviter le décollement général dans les efforts qu'il faut faire pour percer le placenta, qui d'ailleurs pourra devenir encore un obstacle à l'accouchement, quand les épaules seront arrivées au niveau de l'orifice utérin. On est donc à peu près d'accord aujourd'hui pour rejeter ce procédé, et pour préférer le décollement du bord placentaire le plus voisin des membranes; mais la plupart se hâtent de rompre ces membranes aussitôt qu'ils les ont atteintes, pour aller chercher ensuite les pieds de l'enfant. Les eaux s'écoulent aussitôt après la rupture, en totalité ou en grande partie; la matrice revient énergiquement sur le fœtus, et la version peut alors présenter de grandes difficultés : aussi vaudrait-il mieux continuer à décoler les membranes, jusqu'à ce qu'on soit au niveau supposé des pieds; on déchire alors subitement, en allant saisir les extrémités inférieurs; et les eaux ne pouvant s'écouler que difficilement, tant que la main remplit l'ouverture des membranes, il est évident que la manœuvre en devient bien plus sûre et plus prompte. Au lieu d'opérer l'extraction de l'enfant avec lenteur, de laisser, pour ainsi dire, la matrice se vider d'elle même, comme le conseille M. *Gardien*, pour éviter la perte, suite d'une déplétion trop prompte, qui plongerait l'organe dans une sorte de stupeur, je conseillerais de mettre dans cette extraction toute la célérité possible, lorsqu'une fois les hanches s'engagent dans

le bassin, parce qu'alors le cordon est comprimé, et que la vie de l'enfant est vivement compromise. On sait, en effet, qu'on perd un tiers des enfants qui viennent par l'extrémité inférieure du tronc.

Il pourrait être nécessaire d'appliquer le forceps, si la tête, ayant poussé en avant le placenta, se trouvait déjà engagée dans l'excavation; mais si on n'avait pas cet instrument sous la main, comme il serait urgent pour la femme, et surtout pour l'enfant, à cause des dangers de l'asphyxie, de terminer l'accouchement sur-le-champ, on pourrait encore, dit *Baudelocque*, repousser cette tête et aller chercher les pieds. Je crois qu'on ne pourrait avoir recours à ce moyen que dans les cas d'inertie de la matrice, car s'il y avait des contractions, on s'exposerait à la rupture de l'organe ou du vagin, et il vaudrait mieux ce me semble dans un cas semblable, tamponner et envoyer chercher le forceps. L'usage de cet instrnment conviendrait également dans le cas d'insertion d'un des bords placentaires sur l'orifice, ce bord s'en étant éloigné par la dilatation progressive du col, et la tête étant encore au détroit supérieur ou l'ayant déjà franchi.

Le seigle ergoté ne peut être employé, dans le cas d'insertion du placenta sur le col, que quand l'épaisseur de ce col rend l'accouchement forcé impossible; alors, tandis que le tampon opposerait une digue au sang, ce médicament servirait à hâter la dilatation de l'orifice et la possibilité de l'opération. Dans tout autre cas, les contractions qu'il détermine augmenteraient le décollement du placenta et les accidens, et rendrait la version aussi dangereuse pour la femme que pour l'enfant. Si cependant la perte avait été abondante, si la femme était déjà épuisée, et que la faiblesse des contractions fît craindre l'inertie de l'utérus après l'accouchement, et le renouvellement d'une hémorrhagie qui pourrait devenir mortelle, il serait, ce me semble, prudent d'administrer une forte dose de seigle ergoté immédiatement après la version du fœtus, et quand on aurait amené les pieds, afin que son action sur l'utérus loin d'entraver les manœuvres, n'arrive que pour aider à propos l'extraction du fœtus, ou du

moins prévenir le bâillement de la matrice et la perte consécutive; dans tous les cas, il faut passer un drap plié autour du ventre, des serviettes en plusieurs doubles étant placées le long de la ligne blanche, afin d'être prêt à comprimer pour interrompre la circulation dans l'aorte, si la déplétion était suivie d'hémorrhagie.

Après l'expulsion du fœtus ou son extraction.

Dans aucune autre situation, la perte n'est aussi redoutable, aussi promptement mortelle qu'après la sortie du fœtus; dans aucune autre, elle n'a attiré aussi vivement la sollicitude des praticiens, ni opposé tant d'opiniâtreté aux efforts les plus sagement dirigés. On peut se convaincre de l'embarras dans lequel elle a jeté les médecins de tout temps par la multiplicité des moyens qu'ils ont conseillés contre elle. Ces réflexions sont surtout applicables à la perte qui arrive à une époque rapprochée du terme de la gestation. Voyons quels seraient les moyens de faire face au danger. Je ferai remarquer d'abord, que le traitement de l'hémorrhagie interne doit être absolument le même que pour l'externe, que toute la différence consiste dans le soin qu'on doit avoir d'enlever promptement l'obstacle qui la rend interne, afin que le sang s'écoulant au dehors, le diagnostic devienne plus certain, et dirige plus sûrement l'application des moyens hémostatiques.

Le premier cas qui se présente dans la perte après la sortie du fœtus, c'est celui où le placenta est resté dans la matrice. Faut-il alors extraire ce placenta? Voilà la première question à résoudre. Pour y répondre, je dirai que les indications sont différentes suivant que l'accident arrive avant ou après quatre, cinq mois de grossesse; avant cette époque, il est presque toujours impossible d'opérer cette extraction quand le col est peu ouvert, parce que le doigt pouvant à peine s'y introduire, les efforts que l'on pourrait faire n'auraient d'autre résultat que de repousser le placenta dans la cavité, de fatiguer la femme par les douleurs inséparables de l'introduction de la

main dans des parties encore très-étroites, et de l'exposer sans aucun avantage à des accidens consécutifs assez graves. Ces tentatives d'ailleurs ne sauraient être justifiées que par l'opinion où l'on est que c'est le placenta qui, dans ces cas, est la cause de l'hémorrhagie, par la distension dans laquelle il maintient la matrice. Or, on n'a pas réfléchi que cette hémorrhagie ne provient, au contraire, que de la faiblesse ou de la nullité des contractions de la matrice, et de la surprise dans laquelle la laisse le fœtus en s'échappant avec les eaux à une époque où elle n'a pas encore été assez long-temps sollicitée pour acquérir toute l'énergie contractile nécessaire à l'expulsion de la totalité de l'œuf. Ce qui prouve encore qu'il n'est pas nécessaire que la matrice soit distendue par un corps pour être affectée de perte, c'est que la perte continue, ou se produit quelquefois même après cette expulsion, lorsque, épuisé par ce dernier effort, l'organe retombe subitement dans l'inaction. On ne s'étonnera donc pas de m'entendre dire que, loin d'aller chercher le placenta, lorsqu'il fait saillie à travers le col, ou qu'il est tombé dans le vagin, je conseille de l'y laisser pour le faire servir de tampon; et, si l'hémorrhagie donne des inquiétudes de tamponner sur ce placenta lui-même. Sa présence dans tous les cas est nécessaire, soit pour exciter les contractions, soit pour opposer une digue au sang.

Quand la perte arrive après quatre mois, la présence du placenta, d'une portion des membranes, d'un caillot même sur le col de l'utérus pouvant donner lieu à l'hémorrhagie interne, l'une des plus graves qui existent, on doit se hâter d'en faire l'extraction, en opérant en même temps des frictions sur l'hypogastre, afin d'engager la matrice à se contracter. Si le placenta conservait encore quelques adhérences, on irait les détruire avec la main et on ferait l'extraction. L'excitation que l'on détermine par ces manœuvres, jointes aux frictions sur le ventre, amène souvent la contraction de l'utérus et lui fait reprendre son volume ordinaire. Il y aurait cependant une circonstance qui pourrait contr'indiquer l'extraction du placenta, c'est la dépression de la matrice, suite de l'inertie; la crainte, justement fondée, d'une

hémorrhagie foudroyante justifie assez le conseil de ne pas augmenter le décollement du placenta, mais de réduire la portion déprimée de l'organe avec une main introduite dans sa cavité, tandis que des frictions avec l'autre, sur l'hypogastre contribueraient à exciter des contractions, et par suite l'expulsion du placenta et la terminaison de l'hémorrhagie. Il y aurait d'ailleurs à recourir à la compression de l'aorte et à l'emploi du seigle ergoté, si on croyait ces moyens insuffisans. Au contraire, si le renversement de l'utérus était complet, pour faciliter la réduction, il faudrait bien détacher le placenta, sinon la réduction étant presque impossible, la perte continuerait indéfiniment, entretenue par l'opiniâtreté de l'inertie; car le renversement alors est à la fois effet et cause de l'inertie. Pour assurer une réduction durable, et pour éviter la persistance de l'inertie après cette réduction, il serait, ce me semble, nécessaire d'administrer le seigle ergoté en commençant les manœuvres. La compression de l'aorte serait d'ailleurs toujours là pour permettre, comme nous le verrons, d'attendre sans danger l'effet de ce médicament.

L'introduction de la main dans la matrice, pour en titiller la surface interne avec la pulpe des doigts, tandis que des frictions à l'extérieur concourent au même but, en faisant subir au tissu de l'organe une légère pression entre les deux mains, constitue un procédé qui compte des succès, lorsque toutefois la femme n'a perdu que quelques flots de sang. On laisse séjourner la main dans l'intérieur jusqu'à ce que la matrice, revenant énergiquement sur elle-même, en accouche, pour ainsi dire, en même temps que des caillots qu'elle contient. On a objecté à cette pratique les dangers d'une métrite ou d'une métro-péritonite : mais conçoit-on, je le demande, la production d'une inflammation par des manœuvres exercées, du reste, avec ménagement sur un organe si peu sensible alors aux causes d'excitation, et soumis à une perte de sang abondante qui, par elle-même, est le meilleur préservatif contre la phlegmasie? Ce n'est pas que je veuille, toutefois, prendre la défense de cette pratique, car je pense que dans la plupart des cas on peut la remplacer par des moyens

plus efficaces. Dans la plupart des pertes qui nous occupent, on conseille, dans les livres, les applications de glace pilée, de linges trempés dans de l'eau froide ou vinaigrée sur le ventre, les cuisses, et, dans des cas graves, même de plonger la femme dans un bain froid ou de la placer sur le carreau et de jeter sur elle des seaux d'eau froide. Les praticiens sont partagés sur ce point : les uns veulent qu'on n'y ait jamais recours, à cause des dangers de congestions vers les organes intérieurs et d'autres accidens très-graves ; les autres prétendent qu'elles sont utiles, et citent des succès à l'appui de leur assertion. Comment le jeune médecin choisira-t-il entre deux opinions également bien défendues ? Je crois que de part et d'autre on est trop exclusif : en effet, s'il est bien avéré que le froid a arrêté sur-le-champ des hémorrhagies utérines, il faut bien qu'il ait eu dans ce cas un effet sur l'organe qui en était le siége ; or, quel est cet effet ? On dit généralement que c'est une action astringente exercée sur les vaisseaux utérins, qui repousse le sang vers le centre et les principaux organes. Mais une action astringente suffirait-elle, si l'on y réfléchit, pour resserrer hermétiquement les larges orifices béans des vaisseaux utérins ? Et, si on ne le croit pas, il me semble qu'il est naturel de penser que c'est surtout de son action sur la contractilité de l'utérus que le froid tire toute son efficacité : c'est par impression vive, subite, c'est par surprise qu'il agit, dans ce cas, sur le système nerveux d'abord, et consécutivement sur la contractilité de l'organe. Sur huit cas d'hémorrhagies utérines à la suite d'accouchemens ou d'avortemens, j'ai réussi six fois, par le froid seul, à mettre un terme à des hémorrhagies abondantes qui déjà avaient déterminé des symptômes graves, la diminution de chaleur des extrémités, les bourdonnemens d'oreilles, les éblouissemens et une sueur abondante ; et six fois j'ai vu le globe utérin revenir sur lui-même et expulser les caillots qu'il contenait.

Mais il est, suivant moi, une manière d'employer les affusions d'eau froide, que j'ai suivie dans ces cas, et qui, je crois, doit en éviter toutes les suites fâcheuses, en même temps qu'elle en conserve toute

l'efficacité : c'est d'avoir la précaution de tenir le reste du corps enveloppé de linges chauds et bien couvert, tandis qu'on jette subitement et par surprise des linges trempés dans l'eau froide et souvent renouvelés sur l'hypogastre et le haut des cuisses : par là, je dis qu'on évite les suites fâcheuses qui résultaient de l'emploi du froid administré sans discernement et au hasard, car on maintient la chaleur et la circulation dans les extrémités et à la périphérie, tandis que cette ventilation, que l'on conseillait sur le corps de la femme toute découverte, ces seaux d'eau froide qu'on jetait sur elle, ces bains froids dans lesquels on la plongeait, ne faisaient que refouler le sang de toute la périphérie vers le centre et l'aorte, et augmentaient souvent par suite l'hémorrhagie qu'on voulait combattre, ou, si l'on réussissait à l'arrêter, devaient donner lieu à des maladies graves des organes intérieurs. Je dis, de plus, que cette manière d'employer le froid en conserve toute l'efficacité et même la rend plus certaine : en effet, il me semble que, par ces affusions partielles subites et répétées, on agit puissamment sur la sensibilité, et par là sur la contractilité de l'utérus, et que l'impression est d'autant plus vive qu'on a mieux maintenu la chaleur du reste du corps. Ce sont des réflexions que je soumets d'ailleurs au jugement des praticiens.

Quant aux injections froides, elles agissent de la même manière ; mais l'intervalle qu'il faut mettre nécessairement entre elles donne à l'organe le temps de reprendre du volume avant qu'une nouvelle contraction ne soit excitée. On pourrait pourtant combiner les injections avec les affusions, si l'art ne possédait pas un autre moyen plus efficace d'exciter la contraction utérine ; mais comme ce moyen peut encore manquer son effet, ou que cet effet peut se faire attendre, on conçoit qu'il peut se présenter des circonstances où l'on soit obligé de combiner à la fois tous ces moyens, pour modérer d'abord et pour arrêter ensuite la métrorrhagie. Les injections d'eau vinaigrée dans la matrice ou dans le cordon et le placenta doivent être rejetées, à cause de leurs dangers. Une femme périt, il y a quelques années, après une semblable injection, et avant sa mort elle éprouvait dans la bouche un goût très-prononcé de vinaigre.

L'immersion des mains dans l'eau chaude, le sinapisme entre les épaules, la ventouse sous la mamelle, la ligature des membres, sont tous moyens qui agissent en retenant le sang loin de la matrice ou en le détournant par révulsion. En cela, le but qu'on se propose est louable : mais peut-on se flatter qu'avec des moyens si lents on puisse arrêter une hémorrhagie abondante? D'ailleurs la ventouse, conseillée par *Hippocrate* et par *Galien*, l'eau chaude, ne se trouvent pas toujours à votre disposition; l'application du sinapisme demande du temps et oblige à faire mettre la femme sur son séant, position qui favorise l'hémorrhagie; la ligature des membres est contraire au but qu'on veut atteindre, puisqu'elle a été employée avec succès, par le docteur *Hamilton*, pour faire revenir l'écoulement menstruel. Ce ne sont là que des ressources insignifiantes en comparaison de ce qu'on possède aujourd'hui, et on ne peut les regarder que comme accessoires, puisqu'elles n'agissent pas immédiatement sur la cause du mal, le développement de la matrice.

La transfusion du sang a été tentée à Paris une seule fois, et n'a pas réussi; ce qu'on en sait est encore trop obscur pour décider jusqu'à quel point on peut compter sur le succès de ce moyen. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans la métrorrhagie elle n'aura jamais d'autre effet que de reculer le moment fatal, puisqu'elle laissera toujours subsister l'inertie de l'organe.

Le seigle ergoté est un médicament dont l'action spéciale sur la contractilité ne peut plus être révoquée en doute : s'il n'a pas réussi entre les mains de quelques médecins, cela tient sans doute à l'ancienneté de celui qu'ils ont employé, car on a cru remarquer qu'il avait d'autant plus d'énergie qu'il était plus récent. Dans les épidémies qui se sont montrées en France, comme dans la province de Sologne, en 1709, dans le département de l'Isère, c'était toujours dans les trois premiers mois qui suivaient la moisson, que se manifestaient les symptômes d'empoisonnement connus sous le nom d'*ergotisme*, et plus on s'éloignait de cette époque, plus les accidens diminuaient. Ce médicament si précieux doit donc être renouvelé au

moins tous les ans, et doit être pris chez un pharmacien soigneux et délicat. Quelques médecins ont fait abus de ce médicament, en l'appliquant indistinctement pour peu que l'accouchement traînât en longueur : je pense que son usage doit se borner aux cas d'hémorrhagies, et tout au plus à quelques cas, rares, d'atonie réelle de l'utérus sans hémorrhagie avant l'accouchement ; car les crampes répétées qu'il détermine, en gênant la circulation du placenta, peuvent amener l'asphyxie du fœtus, pour peu que le travail se prolonge. Jamais l'usage du seigle ergoté n'est aussi avantageux que pour combattre les hémorrhagies utérines qui suivent l'accouchement. Dans deux cas semblables, où je n'avais pu vaincre l'inertie de la matrice, ni par les affusions partielles répétées, ni par l'introduction de la main dans l'organe et la titillation de sa surface interne, ni par l'expression d'un citron écorcé et l'injection froide, moyens que j'avais employés presque simultanément, tant était rapide la marche des accidens, je ne pus enfin obtenir de contractions utérines et me rendre maître de la perte que par une dose de vingt-quatre grains de seigle suspendu dans l'eau. Mais l'expérience prouve que quelquefois aussi les effets n'arrivent qu'après une ou deux heures, ou même plusieurs jours ; et, d'un autre côté, l'hémorrhagie peut être telle que la femme périsse en quelques minutes (hémorrhagies foudroyantes) et avant l'effet du seigle, quelque prompt qu'il soit. C'est bien alors le cas d'avoir recours à la compression de l'aorte, pour se donner le temps d'attendre l'effet du remède.

La compression de l'aorte, au moyen du tourniquet de *Jean-Louis Petit*, modifié, est donc une découverte précieuse, puisque parfois c'est la condition sans laquelle le seigle ergoté ne peut arracher la femme des portes du tombeau. Ce n'est donc pas comme moyen d'arrêter définitivement la perte, que l'auteur de cette invention, M. *Baudelocque* neveu, l'a proposée, mais comme moyen de retenir la vie près de s'échapper, et pour imiter en cela le chirurgien, qui, pratiquant une amputation, fait comprimer le tronc artériel principal, en attendant qu'on puisse y placer une ligature. Il est étonnant qu'on

n'ait pas compris généralement cette intention, et qu'on ait abandonné un procédé auquel plus d'une femme devra désormais son salut. Quelle est donc l'objection un peu plausible qu'on lui ait faite? On a dit qu'on s'exposait à une inflammation du péritoine : et mais ne s'expose-t-on pas aussi à une inflammation, à la formation de foyers purulens mortels, quand on fait la ligature d'un tronc artériel dans la lésion d'un de ses rameaux? Et quel moment d'ailleurs pour craindre la phlegmasie, que celui où la femme, épuisée, vient de perdre une ou deux livres de sang, où l'élément de l'inflammation est presque anéanti! On concevrait, sans doute, la possibilité de congestions funestes vers les parties supérieures, d'inflammation, si on allait comprimer l'aorte quand la femme n'aurait pas perdu une goutte de sang; mais il est bien clair qu'on n'y a recours que dans ces cas graves où les accidens marchent avec une rapidité effrayante. Des expériences, faites avec beaucoup de soin, ont prouvé que la compression de l'aorte était également applicable et chez les femmes maigres, et chez les femmes grasses, et qu'on pouvait, sans inconvénient, la continuer trois quarts d'heure ou même une heure. Quand on n'a pas le tourniquet, on peut l'exécuter assez aisément avec la main. Dans tous ces cas, il faut se contenter de tenir les parois de l'artère appliquées l'une contre l'autre, sans exercer une trop forte pression; le sang s'arrête immédiatement. Malgré cette sage combinaison de la compression de l'aorte et du seigle ergoté, on conçoit qu'il peut arriver, dans des circonstances extrêmement rares cependant, que la perte résiste encore. Le seigle ergoté est alors sans effet, soit que cela dépende de l'épuisement de la femme ou de son idiosyncrasie; la compression, d'un autre côté, ne peut pas être continuée indéfiniment, et la femme bientôt ne peut plus la supporter. Que faire dans une pareille extrémité? Elle peut se présenter, et on en a malheureusement de funestes exemples. Il me paraîtrait donc rationnel, lorsque, après vingt minutes, plusieurs doses de trente grains n'auraient pas opéré, d'en donner un gros en une seule fois, et cinq ou dix minutes après un autre gros, et continuer ainsi, pour secouer

énergiquement la sensibilité. N'est-il pas permis de croire que, s'il arrive que l'ergot n'agisse pas, c'est qu'on le donne à trop faibles doses pour certaines constitutions? On objectera, sans doute, les dangers de l'ergotisme; mais je ferai observer que, dans l'état d'accouchement, c'est sur la matrice que le seigle ergoté semble épuiser toute son action; qu'on l'a donné avec succès, à un et même deux gros dans les vingt-quatre heures, dans des cas d'hémorrhagies pendant l'état de vacuité (Journal des transactions médicales, tom. 3, février 1831); que les effets sont d'autant plus prompts, que la dose en est plus forte; que d'ailleurs il faut qu'on en ait pris des doses énormes, et pendant plusieurs jours, pour avoir à craindre les accidens de l'empoisonnement. Dans le compte rendu de la pratique de l'hôtel-Dieu de Lyon, M. *Janson* dit que tous les malades qui vinrent du département de l'Isère avaient mangé du seigle ergoté, immédiatement après la moisson; que leur pain en contenait un *tiers*, une *moitié*, plus ou moins; et que ce n'est qu'après *cinq ou six jours* de l'usage de cet aliment empoisonné que se sont manifestés les premiers symptômes de la gangrène, laquelle s'est toujours fixée et bornée aux extrémités inférieures. Il y aurait donc une sorte de faiblesse blâmable d'abandonner une femme à une mort certaine, dans la crainte d'accidens si peu probables, lorsqu'on n'a pas épuisé toutes les ressources qu'il est permis d'essayer. Cependant, comme il se pourrait qu'on ne réussît pas par ce dernier moyen, j'appelle l'attention sur deux autres ressources que la théorie ne repousse pas, mais qui ont encore besoin de la sanction de l'expérience.

M. *Baudelocque* neveu a imaginé d'employer la strychnine dans les pertes de sang les plus graves qui ont lieu après l'accouchement, et à la suite desquels la femme est très-affaiblie, parce qu'il a observé que le seigle ergoté n'avait plus, dans ces cas, une action assez énergique sur la matrice pour déterminer le resserrement. Cet accoucheur a déjà expérimenté trois fois ce médicament, et l'a donné chaque fois à la dose d'un quart de grain. Il détermina des crampes utérines, des douleurs qui engageaient les femmes à pousser, di-

saient-elles, comme si elles avaient voulu accoucher de nouveau. Mais cet effet ne s'est manifesté que trois quarts d'heure ou même deux heures après l'ingestion, et des mouvemens convulsifs généraux se sont montrés en même temps. C'est donc à des faits plus nombreux qu'il faut laisser à décider si, sous toutes les formes, la strychnine agit toujours avec la même lenteur sur l'utérus, et si, pour en obtenir l'avantage qu'on en désire, il ne faudrait pas la porter à une dose qui occasionerait des accidens aussi redoutables que ceux que l'on voudrait combattre. Du reste, c'est toujours être dans la bonne voie que d'essayer l'effet d'un remède qui agit sur la contractilité de l'utérus ; car, si une fois on avait trouvé un moyen d'exciter à volonté et d'une manière durable des contractions dans cet organe, on pourrait alors maîtriser toutes les pertes utérines les plus foudroyantes qui suivent l'accouchement, bien entendu toutefois qu'on comprimerait toujours l'aorte pour donner au moyen le temps de faire resserrer la matrice sur elle-même.

Galvanisme. Si telle est bien la direction qu'on doit suivre dans la recherche de ce moyen hémostatique, j'espère qu'on ne me blâmera pas d'avoir conçu le projet de galvaniser la matrice. Il ne m'a pas été possible jusqu'à présent de faire les expériences nécessaires pour appuyer cette idée ; voici, du reste, comment j'y procéderais. L'appareil galvanique dont je me servirais est une pile à auges armée de deux fils métalliques, dont l'un, fixe, serait attaché au pole vitré, et l'autre, mobile, porterait à sa partie inférieure une plaque en cuivre, et pourrait être promené à volonté sur les diverses paires de la pile : ces deux fils seraient environnés d'un corps isolant dans presque toute leur étendue. Pour faire usage de cet instrument, j'introduirais dans le vagin, et jusque sur la partie postérieure du col de la matrice, le fil résineux ou mobile, tandis que le fil vitré serait appliqué sur la région ombilicale, ou même introduit dans la peau comme une aiguille à acupuncture. Prenant alors la plaque attachée à la partie inférieure du fil mobile introduit dans la matrice, et la promenant sur les di-

verses paires en allant du pôle vitré vers le pôle résineux, je m'arrêterais à la paire qui donnerait quelques secousses dans la matrice; j'interromprais ou je rétablirais alternativement le cercle conducteur en frappant le côté cuivre de la paire, où je me serais arrêté par des contacts plus ou moins réitérés, plus ou moins durables; en m'efforçant de produire ainsi dans la matrice des contractions permanentes et énergiques, des sortes de crampes qui ramènent enfin l'organe à son volume ordinaire.

L'action bien constatée du galvanisme sur la contractilité de la vessie, sur le mouvement péristaltique des intestins, sur les muscles de la vie organique, milite assez en faveur de ce procédé. Mais, quel que soit le résultat de mes recherches et de mes expériences, j'espère que mes efforts seront justifiés par la gravité de l'accident, et par l'inefficacité reconnue de tous les moyens employés jusqu'à ce jour.

FIN.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α'.

Ην γυναικὶ κυούσῃ ἐρυσίπελας ἐν τῇ ὑστέρῃ γένηται, θανατῶδες. (Τμ. ἑ, ἀφ. μλ'.)

Β'.

Γυναικί τῶν καταμηνίων εκλειποντων, αἷμα ἐκ των ρίνων ῥυῆναι, ἀγαθόν. (Τμ. ἑ, ἀφ. .)

Γ'.

Γυναικὶ αἷμα ἐμεέσῃ, τῶν καταμηνίων ραγέντων, λύσις γίνεται. (Τμ. ἑ., ἀφ. λϛ'.)

Δ'.

Γυναικὶ ἐν γαστρὶ ἐχουσῃ, ἢν ἡ χοίλη πολλα ῥυῇ, κινδύνος ἐκτροσαι. (Τμ. ἑ, ἀφ. .)

Ε'.

Γυναικὶ ἐν γαστρὶ ἐχουσῃ, ἢν οἱ μαστοὶ ἐξαίφνης ἰσχνοὶ γένωνται, ἐκ τιτρωσκει. (Τμ. ἑ, ἀφ. .)

ϛ.

Γυναικὶ, ἐν γαςρὶ ἐχέσῃ, ὑπό τινος τῶν ὀξέων νουσήματων ληφθῆναι, θανασιμον. (Τμ. ἑ, ἀφ. λ'.)

ΔΙΟΠΟΡΑΤΟΣ ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α'.

Η ρυσική κινήσις φυσικά εἰς ἐν τὴν ἀστέρα ρέπει, θαυματοῦς. (Ἰν. ε', αφοκ.)

Β'.

Ὑπνοι τῶν κατακλινόντων ἐκλείπουσιν, οἷον ἐκ τῶν ῥώμων ῥώμαι, εἰκόνων. (Ἰν. ε', κφ. .)

Γ'.

Ὑπνοι αἷμα χλεύκη, τῶν κατακλινόντων ῥυσέντων, ὑγιεῖς γίνεται. (Ἰν. ε', αφ. λε.)

Δ'.

Ὑπνοι ἐν ἀρχῇ ἐχόντων, ἢν ἡ χολὴ πολλὴ ῥυῇ, κινδυνώδες ἐκφέρει. (Ἰν. ε', αφ. .)

Ε'.

Ὑπνοι ἐν ἀρχῇ ἐχόντων, ἢν οἱ νοσοῦντες ἐξαίφνης ἰσχνοὶ γένωνται, ἐκ τιτρώσκει. (Ἰν. ε', αφ. .)

ϛ'.

Ὑπνοι, ἐν ἀρχῇ ἐχόντων, ὑπὸ τινος τῶν ὀξέων νοσημάτων λυθέντων, θανατῶσι. (Ἰν. ε', αφ. λ.)